



**LAPPTRÄSK KOMMUN**  
**Grundtrygghetsnämnden**  
**Lapträskvägen 20 A**  
**07800 Lapträsk**

**ANSÖKAN OM**  
**HEMVÅRDSSTÖDETS**  
**KOMMUNTILLÄGG**  
Anlänt / 20

Sökanden dvs. förmånstagare	Släktnamn och förnamn		personsignum
	Yrke		telefonnummer
	Postadress		
	Bank och kontonummer ( <b>skattekortet som bilaga till ansökan</b> )		
	Maka/make/sambons namn och arbetsplats		personsignum
Familjens barn	Barnets namn under 3 år som har rätt till kommundillägget		personsignum
	Namnen på familjens övriga barn under skolåldern		personsignum
			personsignum
			personsignum
			personsignum
Hemvårds- stöd	Föräldrapengen slutar/har slutat	Hemvårdsstödet börjar ( <b>FPA:s beslut som bilaga till ansökan</b> )	
	Kommuntillägget sökes för tiden / 20 - / 20		
	Barnet/barnen skötes av mamma <input type="checkbox"/> pappa <input type="checkbox"/>		
Tilläggs- uppgifter			
Underskrift	Jag försäkrar att uppgifterna är riktiga och samtycker till att mina uppgifter får granskas och meddelar genast om det blir förändringar. Jag är medveten om att hemvårdsstödet kommundillägg som betalats på fel grund inkasseras tillbaka.		
	Plats och tid		Sökandens underskrift